

Documento PTR n. 319 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PER LA PRESCRIZIONE DELLA
TRIPLICE TERAPIA LABA/LAMA/ICS
NEL TRATTAMENTO DELLA
BRONCOPNEUMOPATIA
CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)**

*Aggiornamento Giugno 2019
Marzo 2019*

**Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco
Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione della TRIPLICE terapia LABA/LAMA/ICS
(in singolo erogatore) nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**

Medico prescrittore _____	Tel _____
Unità Operativa _____	Azienda Sanitaria _____
Paziente (nome e cognome) _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di Nascita _____	Codice fiscale _____ AUSL di
residenza _____	Indirizzo _____ Tel. _____
MMG _____	Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione) _____

Il PT è da compilare, ai fini della rimborsabilità, come da determina AIFA, da parte dei Centri Ospedalieri o degli specialisti pneumologo, allergologo, geriatra, internista che operano presso le Az. Sanitarie della Regione Emilia-Romagna sulla base di una diagnosi di BPCO.

FEV ₁ / FVC* _____	eseguito in data _____
Specificare il risultato della spirometria eseguita al fine diagnostico o comunque i risultati di quella più recente prescritta sulla base delle esigenze cliniche. *il valore diagnostico per BPCO di FEV ₁ /FVC è <0,70. I pazienti già in terapia con una associazione di un LABA, un LAMA e un ICS in cui non è disponibile la spirometria, dovranno essere valutati dallo specialista entro 6 mesi per la conferma diagnostica e la formulazione di una proposta terapeutica. I pazienti già seguiti da uno specialista e che hanno già eseguito una spirometria potranno continuare la terapia in corso fino al controllo pneumologico già programmato in occasione del quale lo specialista formulerà/confermerà una proposta terapeutica.	

La rimborsabilità SSR è limitata ai pazienti adulti con diagnosi di BPCO di grado da moderato a severo, che non siano sufficientemente controllati dalla associazione di un corticosteroide inalatorio e di un beta₂-agonista a lunga durata d'azione, e siano soddisfatte ENTRAMBE le condizioni di seguito riportate:

- 1 **Paziente con diagnosi conclamata di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) da moderata a severa e con almeno 2 riacutizzazioni negli ultimi 12 mesi o almeno una riacutizzazione che ha richiesto il ricovero ospedaliero;**
- 2 **Paziente affetto da BPCO con dispnea classificabile come ai punti A) o B):**
- A) **Dispnea DI GRADO 2 O SUPERIORE** misurata tramite il questionario mMRC per la dispnea:
- Grado 0:* ho dispnea solo per sforzi intensi (es. salire le scale, pedalare)
 - Grado 1:* mi manca il fiato se cammino veloce (o corsa) in piano o in lieve salita
 - Grado 2:* su percorsi piani cammino più lentamente dei miei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi per respirare quando cammino a passo normale
 - Grado 3:* ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti
 - Grado 4:* mi manca il fiato a riposo per uscire di casa o per vestirmi/spogliarmi

oppure:

B) **PUNTEGGIO** al test di valutazione della sintomatologia (COPD Assessment Test – CATTM) **PARI ALMENO A 10**

		PUNTEGGIO
Non tossisco mai	0 1 2 3 4 5	Tossisco sempre
Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	0 1 2 3 4 5	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)
Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto	0 1 2 3 4 5	Avverto una forte sensazione di costrizione al petto
Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato	0 1 2 3 4 5	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato
Non avverto limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	0 1 2 3 4 5	Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa
Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare	0 1 2 3 4 5	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare
Dormo profondamente	0 1 2 3 4 5	Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare
Ho molta energia	0 1 2 3 4 5	Non ho nessuna energia
PUNTEGGIO TOTALE		

	PRIMA PRESCRIZIONE <input type="checkbox"/>	PROSECUZIONE TERAPIA <input type="checkbox"/>
		Posologia
<input type="checkbox"/>	Beclometasone dipropionato/formoterolo fumarato diidrato/glicopirronio bromuro	2 erogazioni (ciascuna da 87 mcg/ 5 mcg / 9 mcg) due volte al giorno
<input type="checkbox"/>	Fluticasone furoato/umeclidinio bromuro/vilanterolo trifrenatato	1 inalazione (da 92 mcg/55 mcg/22 mcg) ogni giorno alla stessa ora

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data valutazione _____

Timbro e Firma del Medico
